



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 4 comma 1 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

**consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, dinnanzi al sottoscritto funzionario \_\_\_\_\_ dichiara ai sensi di quanto previsto dall'art. 4.comma 1 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445**

che non sa firmare

che non può firmare

e **richiede/ritira** la documentazione sanitaria a **lui/lei** intestata di seguito specificata, sollevando completamente l'Azienda USL di Piacenza da ogni e qualsiasi responsabilità in proposito:

- **Prestazioni radiologiche e relativo CD o lastre della prestazione di \_\_\_\_\_ eseguite il \_\_\_\_\_**
- **Copia Cartella Clinica relativa al ricovero nel Presidio Ospedaliero di \_\_\_\_\_ nell'Unità Operativa di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nell'Unità Operativa di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_**
- **Altra documentazione e precisamente \_\_\_\_\_**

**DOCUMENTO D'IDENTITA'** \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**Rilasciato da** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_

**Il/la sottoscritto/a è informato che i dati forniti con la presente potranno essere utilizzati dall'AUSL di Piacenza ai fini della verifica della esattezza e veridicità delle dichiarazioni rilasciate, nelle forme e nei limiti del DPR 445/2000 (norme sulla autocertificazione)**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ funzionario incaricato in qualità di Pubblico Ufficiale in servizio presso

\_\_\_\_\_ attesto che la su indicata dichiarazione è stata espressa in mia presenza.

Il funzionario (nome cognome firma) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_